



初診問診票

初診日 年 月 日 () カルテ No. _____

飼い主様について (病院によくお連れになる方のお名前をお書きください。)

お名前	フリガナ	電話【自宅】	【携帯】 続柄 ()
	様		- -
住所	〒 -		【緊急連絡先】 ()
- -			

当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ・電話帳・チラシ・口コミ・看板を見て・ご紹介 () 様・他の動物で来院した・他

当院のお知らせ(混合ワクチンの日程など)をお送りしてもよろしいですか？ → はい・いいえ

ネコちゃんについて (言葉を話せない動物に代わって、できるだけ詳しくお書きください。)

お名前	ちゃん	種類	
生年月日	西暦 年 月 日・不明	毛色	
年齢	歳 か月 ・ 不明	入手経路	ペットショップ・ブリーダー・知人・保護施設 拾った・その他 ()
性別	オス・去勢・メス・避妊 手術日 年 月 日・不明		
水容器	個数 (個) / お皿・吸引ボトル	開始日	子猫の頃から・約 年前・不明
生活場所	室内・室外・自由に出入り可能	トイレ	個数 (個) / 砂・チップ・紙砂・他 ()
性格	おとなしい・人見知り・こわがり・人が好き・他の猫が苦手・その他 ()		
同居動物	なし・犬 ()・猫 ()・ウサギ・ハムスター・その他 ()		
他の猫と けんか	全然しない・同居猫とたまにする ()・同居猫とよくする () 外の猫としたことがある ()・外の猫としてよくケガをする ()		
いつもの 食事	ドライフード(商品名:)・缶詰(商品名:) 半生・手作り食 ()・人の食べ物 ()		
好きな 食べ物		食物や薬 のアレルギー	あり () 不明・なし
マイクロチップ	入れている・入っていない・不明		チップ番号
加入保険	アニコム・アイペット・その他 ()・なし		

予防歴・病歴について

混合ワクチン()種	なし・接種日 (年 月 日頃)・過去にうけた(約 年前)・不明
ノミ・ダニ予防	なし・過去一ヶ月以内にした・最終予防日 (年 月 日)・不明
猫エイズ・猫白血病について	過去に検査したことがある→(年 月頃)・検査を考えている・不明
ワクチンや薬で異常が見られたことはありますか？	いいえ・はい(どのような異常ですか？→)・不明
今まで病気やケガで、治療や手術をしたことはありますか？	いいえ・はい(どのような病気やケガですか？→)・不明
本日はどうされましたか？…具合が悪い ()	
健康診断・混合ワクチン・ノミダニ予防・爪切り・相談・その他 ()	
診察や治療についてご希望があればご自由にお書きください。 例) 検査よりも治療にお金をかけたし	

